

地方独立行政法人 市立大津市民病院 小児科診察依頼書

依頼日: 令和 年 月 日

時間外(平日8:30~17:15以外の時間)にFaxされる場合は、併せて電話での連絡もお願い致します。

\*時間外はオンコール医師が院内にいないことがある為です。

平日8:30~17:15 → Faxのみ	市立大津市民病院 地域医療連携室 電話:077-526-8192 FAX:077-522-0192
上記以外の時間帯 → 電話とFax	

紹介元	医療機関名	担当者氏名
	医師名	
	連絡先	
	電話番号	FAX

<input type="checkbox"/> 本日希望	<input type="checkbox"/> 救急車で来院	<input type="checkbox"/> 外来対応 ( 担当 医師 )
-------------------------------	---------------------------------	---

<input type="checkbox"/> 診察予約	希望医師	希望日 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 早期希望
	<input type="checkbox"/> 中嶋 <input type="checkbox"/> 辻 <input type="checkbox"/> 阪上(小児神経可)	<input type="checkbox"/> あり ① 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> AM ・ <input type="checkbox"/> PM
	<input type="checkbox"/> 特になし		
	<input type="checkbox"/> 小児アレルギー土屋医師 <input type="checkbox"/> 小児循環器西川医師 <input type="checkbox"/> 小児神経長谷川医師	② 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> AM ・ <input type="checkbox"/> PM

紹介内容  (部位・症状・病名等)		入院希望 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
-------------------------	--	--

患者基本情報 市立大津市民病院での受診歴 【  あり ID番号( )  なし 】

フリガナ		性別
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒	
	電話番号	携帯番号

【小児科常勤医師】 診療部長:中嶋 敏宏 医長:辻 桂嗣 医員: 阪上 智俊